Zur Casuistik der Lymphogranulomatose

Auszug
aus der
Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der
Medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin
Von

Eva Jacobsohn
approb. Aerztin

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion: 18. Februar 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

312

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Killian**

Referenten: Prof. Dr. **Köhler**
Prof. Dr. **Hildebrand**

Einleitend wird in der Arbeit die Wandlung des Begriffes „Hodgkinsche Krankheit dargelegt von der ersten Beschreibung 1832 an bis zur heutigen Zeit. 1912 wurde nach vielen histologischen, bakteriologischen und haematologischen Untersuchungen auf den Verhandlungen der deutschen pathologischen Gesellschaft in Straßburg für die Hodgkinsche Krankheit im engeren Sinne der Name „Lymphomatosis granulomatosa“ festgelegt. —

Anatomisch histologisch handelt es sich bei der Lymphogranulomatose nach Lubarsch um echte Granulombildung im lymphatischen System nach anfänglich entzündlichen Veränderungen mit charakteristischen Zelltypen. Als besondere Eigentümlichkeit des Lymphogranuloms hebt Lubarsch die starke Neigung zur Bindegewebsbildung hervor, die sowohl bei den tuberkulösen, wie auch bei den gewöhnlichen lymphomatösen Neubildungen nicht in dem Maße vorhanden ist.

In der Frage nach der Aetiologie der Lymphogranulomatose war bei dem klinischen Verlauf und dem Charakter der Neubildung der Gedanke an eine infektiöse Ursache naheliegend und zwar dachte man wegen des häufigen Zusammentreffens mit Tuberkulose an den Tuberkelbazillus als Erreger, (Sternberg, Naegeli etc.) Andere Autoren kamen wieder auf Grund ihrer Untersuchungen zu einer Ablehnung dieser Annahme (Fabian etc.) In ähnlicher Linie bewegten sich die Arbeiten von Fränkel und Musch über die Entdeckung antiforminfester, grambeständiger, nicht säurefester granulierter Stäbchen in malignen Granulomen. Kontrolluntersuchungen von Hirschfeld, Dietrich, Ceelen Rabinowitsch und zahlreiche Impfversuche (Sticker und Loewenstein, Weinberg, Lubarsch, Aschhoff, Benda). führten zu sehr widersprechenden Resultaten und konnten keine Klärung in die Frage der Aetiologie bringen.

Es folgt eine kurze Zusammenfassung der klinischen Erscheinungen nach Ziegler und die ausführliche Krankengeschichte und Besprechung zweier Fälle von typischer Lymphogranulomatose, die beide nach der Zieglerschen Einteilung zu der Verlaufsform des Mediastinaltumors zu rechnen sind.

F a l l 1. Es handelt sich um ein 15 jähriges Mädchen. Die Erkrankung begann mit Schwellungen der axillaren, supraclavicularen und cervicalen Lymphdrüsen. Lange Zeit blieben die peripheren Drüsen die einzig nachweisbaren Krankheitsherde. Nur waren einzelne Symptome wie ungleiche Temperatur beider Körperhälften, halbseitiges Schwitzen, Anisikorie auffallend. Erst 11 Monate nach Beginn traten Beschwerden auf, die deutlich auf eine Beteiligung der Mediastinaldrüsen hinwiesen. Es zeigten sich Schluckbeschwerden, Atemnot- und Erstickungsanfälle, Schwellung des rechten Arms und der linken Körperhälfte und andere Symptome, die alle als Kompressionserscheinungen eines rasch wachsenden Drüsentumors im Mediastinum aufzufassen sind. Das Röntgenbild zeigte jetzt auch einen breiten Schatten in der Hilusgegend. Die sich steigernden Störungen in der Tätigkeit der komprimierten Brustorgane führten nach 14 Monaten zum Exitus.

Neben den erwähnten durch die Lokalisation der Erkrankung bedingten Erscheinungen traten frühzeitig in sehr typischer Weise alle charakteristischen Allgemeinsymptome dieses Krankheitsbildes auf, die, da unabhängig von der zufälligen Lokalisation der Erkrankung, für die Diagnose ausschlaggebend sind. Die Temperaturkurve zeigte den eigenartigen, ganz unregelmäßigen Verlauf, in dem ohne bestimmte Folge Perioden re- und intermittierenden Fiebers mit solchen apyretischer und subnormaler Temperaturen abwechseln, dessen rekurrierender Fiebertypus von Pel und Ebstein als „chronisches Rückfallfieber“ beschrieben wurde. Das Blutbild wies die für Lymphogranulomatosis typischen Veränderungen auf. Es fand sich neutrophile Hyperleukozytose (15 000 bis 32 000 Leuk.) und Lymphopenie wie sie die verschiedensten Autoren (Naegeli, Kraus etc.) beschrieben haben, daneben leichte Verminderung des Haemoglobingehaltes und der Erythrozytenzahl. Schließlich sind in diesem Fall noch die besonders charakteristischen Hautsymptome hervorzuheben, quälendes, durch keine Therapie gelindertes Hautjucken, wie es „als Pruritus cutaneus“ schon Fabian, Weinberg, Umber beschrieben, und sehr heftige Schweißausbrüche.

Wiederholte Untersuchung auf Tuberklose, Antiforminanreicherung des Sputums, kutane und intrakutane Impfung fiel immer negativ aus. Die mikroskopische Untersuchung exzidierten Drüsenmaterials ergab nur typisch lymphogranulomatöse Veränderungen.

F a l l 2. Es handelt sich um einen 43 jährigen Mann, der im Felde erkrankte. Hier traten zuerst Kompressionssymptome eines Mediastinaltumors auf. Die Krankheit begann mit Atembeschwerden, erst später zeigten sich periphere Drüsenschwellungen. Der perkutorische Lungenbefund und die Röntgenuntersuchung zeigten schon bei der ersten klinischen Untersuchung das

Vorhandensein eines Tumors im Mediastinum an. Das weitere Krankheitsbild war dann hier ebenfalls von den zunehmenden Kompresionsserscheinungen beherrscht. Ein Jahr nach dem Beginn führte sekundäre Infektion der durch Stauung und Kompression geschädigten Lunge unter dem Bilde einer Pneumonie zum Exitus. Von Allgemeinsymptomen war in diesem Fall nur das Blutbild charakteristisch. Die Temperaturkurve war sehr unregelmäßig aber nicht von rekurrierendem Fiebertypus. Von Hauterscheinungen sind nur starke Schweißausbrüche zu erwähnen. Anzeichen einer tuberkulösen Infektion ergab die klinische Untersuchung auch in diesem Fall nicht. Der Sektionsbefund zeigte makroskopisch und mikroskopisch typische Lymphogranulomatose Strahlenbehandlung hatte in beiden Fällen nur vorübergehenden Erfolg.